

GE_GERICHTE A/3399/2017 vom 26. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3399_2017

FR: GE_GERICHTE A/3399/2017 du 26 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/3399/2017 del 26 giugno 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.06.2019
A/3399/2017

A/3399/2017 ATAS/601/2019 du 26.06.2019 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3399/2017 ATAS/601/2019
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 juin 2019 3 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourant contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____
1960, originaire du Nigéria, marié et père de quatre enfants, arrivé en Suisse en 1990, a
travaillé à compter de septembre 2004 comme nettoyeur. Il ressort du rassemblement de ses
comptes individuels AVS que son revenu annuel s'est élevé à environ CHF 7'500.- en 2004,
environ CHF 15'800.- en 2005 et environ CHF 12'400.- en 2006. 2. En février 2008,
l'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) une
première demande de prestations, rejetée par décision du 15 septembre 2008 : considérant
que le degré d'invalidité s'établissait à 10%, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente ou à un
reclassement mais lui a octroyé une aide au placement. Cette décision a été rendue sur la
base, essentiellement, d'une expertise réalisée par le docteur B_____, spécialiste FMH en
rhumatologie et médecine interne, qui, dans son rapport du 18 juin 2008, avait conclu à des
lombo-pseudo-cruralgies bilatérales et un status après cure de hernie discale L4-L5, le 28
mars 2006, réduisant la capacité de travail de l'assuré à 50% dans son activité habituelle de
nettoyeur, mais ne l'empêchant pas d'exercer, à plein temps, une activité adaptée,
c'est-à-dire permettant l'alternance des positions et n'impliquant ni mouvements répétitifs en
porte-à-faux du rachis, ni travaux lourds, ni port de charges supérieures à 10 kg. 3. En
mai 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en faisant état d'une
activité de pasteur « volontaire ». Ont été versés à son dossier, notamment : - un
rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 8 février 2012 révélant une rupture transfixiante
de la coiffe des rotateurs ; - un rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en
médecine générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2007, daté du 19 octobre 2012,
concluant à des douleurs de l'épaule gauche sur rupture de la coiffe des rotateurs depuis
2012, opérée en avril 2012 ; était également mentionnée, en précisant qu'elle était sans
répercussion sur la capacité de travail, une lombalgie gauche sur hernie récidivante discale
L4-L5 depuis 2006, responsable d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle
de nettoyeur depuis lors ; - un rapport du docteur D_____, spécialiste en chirurgie
orthopédique, du 23 janvier 2013, confirmant être intervenu le 4 avril 2012 sur l'épaule
gauche de l'assuré et attestant d'une totale incapacité de travail du 1er mars au 1er mai 2012,
à réévaluer ; - un bref rapport du Dr C_____ du 23 mars 2013, qualifiant l'état de
santé de son patient de stationnaire depuis 2012 (douleurs de l'épaule gauche sur rupture de

la coiffe des rotateurs et lombosciatalgies gauches) ; - un bref rapport du Dr D_____ du 24 juin 2013 indiquant ne pas avoir revu le patient depuis le 16 juillet 2012, suivi d'un autre, le 13 décembre 2013, qualifiant l'état de santé de l'assuré de stationnaire et concluant à une totale incapacité de travail dans l'activité de pasteur ; - un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 23 juillet 2013 concluant à des signes sévères d'arthropathie acromio-claviculaire, avec oedème et épanchement compatible avec le status post-opératoire versus une bursite sous-acromiale ; - l'avis émis le 23 janvier 2014 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), constatant une aggravation (lombosciatalgies dans le cadre d'une récurrence de la hernie discale L4-L5 ; douleurs de l'épaule gauche dans le cadre d'une rupture transfixiante mise en évidence en février 2012 et opérée en avril 2012 ; fracture accidentelle, en décembre 2012, du plancher de l'orbite gauche et TCC) ; - un rapport du Dr C_____ du 28 février 2014 qualifiant l'état de son patient de stationnaire depuis 2012 ; - un rapport de la doctoresse E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 juin 2014, concluant à un épisode dépressif sévère depuis 2013 (thymie triste, anxiété, ruminations, idées suicidaires sans projet, troubles du sommeil, fatigue, anxiété, augmentation du poids malgré une baisse de l'appétit, etc.) et à une totale incapacité de travail dans l'activité de nettoyage depuis mars 2014 et pour une durée indéterminée en raison des limitations fonctionnelles suivantes : fatigue, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration et de la mémoire, anxiété, incapacité à gérer le stress ; - un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 12 novembre 2014 constatant une fissuration transfixiante minime du supra-épineux et d'importants remaniements dégénératifs au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, ainsi qu'un épaissement de la bourse sous-acromio-deltaïdienne faisant suspecter une bursite à corréler par l'examen clinique ; - un rapport du docteur F_____, spécialiste en rhumatologie, du 10 décembre 2014, concluant à une tendinopathie de l'épaule gauche et à une lombalgie avec sciatalgie depuis 2012 ; le médecin préconisait d'éviter le port de charges, le travail « bras en l'air » et les mouvements de rotation ; le médecin préconisait un poste de travail adapté, sans indiquer à quel taux ; - un rapport du Dr C_____ du 12 décembre 2014 précisant les limitations fonctionnelles somatiques comme suit : pas de port de charges lourdes, pas de travail bras en l'air, pas de flexion/extension du dos, pas de position debout prolongée ; - un bref rapport de la dresse E_____ du 18 décembre 2014 indiquant que l'état de santé de son patient s'était amélioré depuis octobre 2014 (amélioration très partielle de l'état thymique avec diminution de l'anxiété, amélioration du sommeil, mais persistance d'une fatigue importante avec dévalorisation et troubles de la concentration) ; le diagnostic restait celui d'épisode dépressif majeur et sévère ; - un rapport du docteur G_____, du service d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), du 20 mai 2015, constatant un trouble réfractif et une cataracte débutante et concluant à une capacité de travail entièrement préservée dans toute activité d'un point de vue strictement ophtalmologique. 4. L'assuré a alors été adressé pour expertise aux docteurs H_____, spécialiste en psychiatrie, et I_____, spécialiste en rhumatologie, tous deux médecins auprès du SMR, qui ont rendu leur rapport en juin 2016. Les experts ont confirmé l'incapacité durable de l'assuré à exercer son activité habituelle de nettoyeur, mais ont estimé qu'il avait en revanche recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis décembre 2014 d'un point de vue psychique et depuis mi-septembre 2015 d'un point de vue rhumatologique. Les limitations fonctionnelles somatiques retenues étaient les suivantes : pas de travail au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétés d'abduction/adduction, pas de soulèvement de

charges de plus de 2 ou 3 kg, pas de port de charges en bi-manuelle au-delà de 10 kg, pas de mouvements répétés en flexion/extension du rachis, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux du tronc, pas de position assise prolongée plus de 60 minutes, pas de position debout plus de 30 minutes, périmètre de marche limité à un kilomètre. Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue d'un point de vue psychique. Sur le plan psychique, une incapacité de travail de 100% a été admise depuis le 21 mars 2014, date du début de la prise en charge psychiatrique. Considérant qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré avait été attestée par le psychiatre traitant dans son rapport du 5 décembre 2014, confirmée par les observations de l'experte en février et mai 2016, une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques a été reconnue à compter de décembre 2014. Sur le plan ostéoarticulaire, la capacité de travail a été jugée entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. L'expert rhumatologue a noté que la problématique lombaire avait plutôt régressé : il n'y avait plus ni sciatalgies, ni conflits radiculaires en L5. L'évolution avait également été favorable au niveau de l'épaule gauche après l'opération de la coiffe, en avril 2012, raison pour laquelle l'expert a fixé le début de l'exigibilité d'une activité six mois plus tard, soit octobre 2012. Une nouvelle période d'incapacité totale de six semaines a été admise entre juillet et mi-septembre 2015. Ont été retenus comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombalgies basses chroniques non déficitaires et non irritatives dans un contexte de hernie discale L4-L5 et de troubles dégénératifs postérieurs étagés, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une arthrose acromio-claviculaire. Sur le plan psychique, ont été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission, une dysthymie, une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, à l'utilisation de dérivés du cannabis ou à d'autres substances psychoactives multiples. 5. Se ralliant aux conclusions des experts, le SMR a retenu les capacités de travail suivantes dans une activité adaptée : 100% dès octobre 2012 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule gauche et du rachis lombaire, 0% du 21 mars 2014 au 5 décembre 2014 pour raisons psychiques, 0% de juillet 2015 à mi-septembre 2015 en raison de la nouvelle atteinte survenue au niveau de l'épaule droite, puis 100% dès mi-septembre 2015. 6. Le 10 mars 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation, que l'assuré a contesté en date du 4 avril 2017, en niant tout problème d'addiction, d'une part, en alléguant que son état psychique avait été sous-évalué, d'autre part. A l'appui de sa position, l'assuré produisait un rapport rédigé par son psychiatre traitant le 25 avril 2017. La Dresse E_____ y qualifiait l'anamnèse concernant la consommation de toxiques de très sommaire et peu précise, insuffisante pour permettre de conclure à une addiction. L'assuré avait certes déclaré boire jusqu'à une bouteille et demi de vin par jour, mais sans préciser si cette consommation était quotidienne. Il avait également déclaré avoir consommé des drogues durant deux ans, sans préciser à quelle fréquence et avec quels effets. Le psychiatre traitant indiquait que, selon son patient, ses réponses concernant sa consommation d'alcool et de drogues avaient été déformées : sa consommation d'alcool se limitait à une bouteille de vin partagée de temps à autre avec son épouse lors d'un repas à raison d'une fois tous les deux ou trois mois, il ne consommait plus d'alcools forts depuis des années et sa consommation de cannabis, très occasionnelle, remontait à son adolescence. Le psychiatre traitant contestait dès lors le diagnostic d'addiction. Quant à celui de dysthymie, elle s'en étonnait, puisque l'experte avait

pourtant noté que l'assuré se plaignait de tristesse fluctuante, de ruminations, de troubles du sommeil et de perte de confiance en lui-même. Selon la Dresse E_____, l'assuré présentait une symptomatologie dépressive d'évolution chronique, malgré un traitement antidépresseur ; l'intensité des symptômes était compatible avec un épisode moyen et avait des répercussions importantes sur la vie quotidienne de l'intéressé, son autonomie et sa résistance à l'effort. Enfin, la Dresse E_____ soulignait n'avoir jamais conclu à une reprise du travail, malgré une amélioration très partielle dont elle a expliqué qu'elle n'avait jamais été suffisamment stable pour permettre d'envisager la reprise d'une activité professionnelle.

7. Par décision du 22 juin 2017, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, que ce soit sous forme de mesures professionnelles ou de rente. L'OAI a constaté que l'assuré était en arrêt de travail depuis février 2012, début du délai d'attente d'une année. Trois périodes d'incapacité de travail s'étaient succédées : à 100% du 1^{er} février au 1^{er} octobre 2012, à 100% du 21 mars au 5 décembre 2014 et à 100% à nouveau, du 1^{er} juillet au 15 septembre 2015. Dans les trois cas, le délai d'attente d'une année n'avait pas été atteint, car interrompu par une période d'aptitude au travail de plus de trente jours, de sorte que le droit à la rente ne pouvait être ouvert. L'assuré ayant recouvré une pleine capacité de travail et de gain dans toute activité, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. 8. Par écriture du 17 août 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2012, cas échéant à l'octroi de mesures professionnelles. Le recourant rappelle qu'il souffre d'une hernie discale L4-L5 récidivante, opérée en 2006, de douleurs avec limitation de l'abduction de l'épaule gauche, d'un diabète, d'une insuffisante rénale chronique et d'une dépression. Il soutient que son incapacité de travail n'a jamais été interrompue depuis février 2012. 9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 septembre 2017, a conclu au rejet du recours en se référant aux conclusions de l'examen rhumatologique et psychiatrique effectué en 2016, dont il considère qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante. 10. Par écriture du 25 octobre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il maintient n'avoir jamais, depuis février 2012, recouvré la moindre capacité de travail et produit à l'appui de ses dires une brève attestation rédigée le 24 octobre 2017 par le docteur J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel indique ne pouvoir ni se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, qu'il a reçu en entretien le 12 octobre 2017, ni valider le diagnostic posé par son psychiatre, la Dresse E_____, et suggère une expertise. De ce document, le recourant tire la conclusion que seule une expertise - et non « trois consultations de 45 minutes » - est susceptible de déterminer sa capacité de travail effective actuelle. L'assuré a également produit, notamment : - le rapport rédigé par le Dr C_____ à l'intention de l'OAI le 23 mars 2013, qualifiant l'état de santé de son patient de stationnaire depuis 2012, sans aggravation, ni amélioration, et concluant à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle ; - un certificat rédigé le 19 avril 2017 par son médecin traitant, le Dr C_____, retenant les diagnostics de syndrome douloureux sur hernie discale L4-L5 récidivante gauche opérée en 2006, de douleurs aux épaules, de dysthymie, de troubles anxieux et dépressifs mixtes associés à des troubles de la personnalité, d'obésité morbide, de diabète de type II insulo-requérant, compliqué de néphropathie, d'hypopallesthésie et d'insuffisance rénale chronique. Le médecin conclut qu'au vu de l'ensemble de ces atteintes, « une rente à 100% serait souhaitable » ; 11. Par écriture du 15 novembre 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il fait remarquer qu'il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; encore faut-il présenter des éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été

ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour faire douter de ses conclusions. Or, l'assuré se contente de souligner la divergence d'opinion entre l'expert psychiatre et son psychiatre traitant, la Dresse E_____, alors que l'expert a expliqué clairement l'évolution de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique. 12. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 27 septembre 2018, au cours de laquelle a été entendue la Dresse E_____, psychiatre traitant de l'assuré depuis mars 2014, date à laquelle la demande de prestations avait déjà été déposée. Le témoin a émis l'avis que les diagnostics retenus par l'experte psychiatre (dysthymie et addiction à l'alcool et au cannabis) étaient loin d'expliquer l'état de son patient. La Dresse E_____ retient pour sa part le diagnostic de trouble dépressif récurrent de gravité moyenne. Les symptômes sont chroniques et résiduels, plus prononcés que ceux relevés par l'experte. La mise en place d'un traitement a été compliquée : quatre antidépresseurs ont dû être testés avant le double traitement actuel, en cours depuis décembre 2015. Il convenait en effet d'éviter les effets secondaires et de faire face aux complications entraînées par l'existence d'une comorbidité somatique, laquelle limitait le choix et les dosages des traitements : la plupart des antidépresseurs aggravent les problèmes présents en cas de syndrome métabolique (hypertension artérielle, diabète, obésité). Le témoin a émis l'opinion que l'anamnèse ne contient pas suffisamment d'éléments permettant d'étayer le diagnostic d'addiction. La Dresse E_____ n'a pour sa part jamais constaté chez son patient de tels problèmes. Elle relève que l'expertise ne s'appuie à cet égard sur aucun test biologique. Le témoin a ajouté n'avoir jamais envisagé, depuis le début du suivi, la possibilité d'une reprise du travail. Si une aide à la réinsertion a été suggérée, c'était surtout à titre prospectif et à titre de mobilisation du patient, qui pourrait amener éventuellement une légère amélioration. A l'heure actuelle, la capacité est toujours nulle, en raison des limitations suivantes : motivation irrégulière de l'assuré, difficultés de concentration, importante fatigabilité (le temps de récupération est très important, même après une activité légère). Le témoin a expliqué que le décalage entre le rôle que l'assuré pouvait assumer avant ses problèmes de santé et celui qui est le sien aujourd'hui est très douloureux à vivre pour lui et influence négativement son estime de lui-même : auparavant, il était chef de famille, mais occupait également une place importante au sein de sa communauté, dans laquelle il avait un rôle de référent ; on s'adressait à lui lorsque l'on se trouvait dans la détresse ou les difficultés, alors qu'aujourd'hui il n'est pas apte à prendre soin de lui-même. Le témoin a ajouté que, dans l'idéal, on associe toujours traitement médicamenteux et suivi psychothérapeutique, mais qu'en l'occurrence, celui-ci a été très fortement limité par l'appauvrissement de la pensée et les difficultés de concentration du patient, qui constituent un facteur limitant ; l'assuré a peu de ressources mobilisables à ce niveau-là. Les éléments ayant conduit le psychiatre traitant à préférer le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen à celui de dysthymie sont les suivants : - tristesse profonde ; - absence totale de plaisir ; - perte de motivation ; - impossibilité à se projeter dans l'avenir ; - fatigue importante ; la mise en place d'un traitement des apnées du sommeil a permis d'améliorer légèrement le sommeil, sans faire disparaître la fatigue qui entraîne une somnolence diurne ; - absence d'estime de soi ; - douleur morale. Le témoin a versé à la procédure un rapport écrit rédigé par ses soins, dans lequel elle répète que l'assuré souffre toujours d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère (thymie triste, pleures, affect très peu mobile, discours laborieux, absence de motivation et d'énergie, absence de plaisirs, ruminations, idées de mort et de suicide). Le médecin indique avoir augmenté la dose de Trittico à 150 mg/jour afin d'améliorer l'effet anxiolytique et antidépresseur et de réduire les troubles du

sommeil importants, malgré la prise associée de Temesta au coucher ; s'y ajoutent 150 mg/jour de Wellbutrine. Le médecin maintient ne pas avoir relevé pour sa part d'éléments anamnestique ou clinique parlant en faveur d'une consommation abusive d'alcool ou d'autres substances toxiques. La capacité de travail est toujours nulle, mais le patient serait prêt à une réinsertion professionnelle et à une éventuelle reprise d'activité à 50%, que le médecin estime pour sa part prématurée, suggérant de commencer à 25% au maximum, puis d'augmenter le taux très progressivement. 13. A l'issue de cette audience, le recourant a persisté dans ses conclusions et s'est déclaré prêt à reprendre une activité à 25% dans une perspective thérapeutique telle qu'évoquée par son psychiatre traitant. 14. L'intimé, dans ses conclusions après enquêtes du 25 octobre 2018, a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis émis du SMR, qui relève qu'en décembre 2014, la Dresse E_____ faisait état des mêmes limitations fonctionnelles et de la même description de la symptomatologie, ajoutant que les éléments rapportés par ce médecin sont essentiellement de nature anamnestique et n'ont pas été retrouvés par l'experte, lorsqu'elle a examiné l'assuré en février et mai 2016. Le SMR considère que le psychiatre traitant n'apporte aucun élément objectif plaçant en faveur d'une aggravation de l'état de son patient et relève à cet égard que le traitement est identique à celui prescrit au moment de l'expertise. Il en tire la conclusion que le psychiatre traitant ne se livre en réalité qu'à une appréciation des faits différente. 15. Par écriture du 5 novembre 2018, le recourant a contesté cette façon de voir en faisant remarquer que les divergences portaient également sur les diagnostics retenus. Il considère que l'avis du psychiatre qui le suit depuis plusieurs années doit prévaloir sur celui d'un psychiatre dépendant du SMR, qui ne l'a rencontré qu'à deux ou trois reprises. 16. Par écriture du 14 juin 2019, le recourant a une fois de plus sollicité la mise sur pied d'une expertise psychiatrique. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). 5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail après l'aggravation survenue en 2012, non contestée par l'intimé. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les

capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral

8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis

de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. En l'espèce, l'intimé, se référant aux conclusions des Drs H_____ et I_____, a retenu les périodes d'incapacité suivantes : - 100% du 1^{er} février 2012 - date de la découverte à l'IRM d'une lésion de la coiffe des rotateurs - au 1^{er} octobre 2012 - six mois après l'intervention de l'épaule gauche, pratiquée en avril 2012 ; - 100% du 21 mars 2014 - début du suivi par un psychiatre - au 5 décembre 2014 - date de l'amélioration relatée par le psychiatre traitant ; - et à 100% à nouveau, du 1^{er} juillet au 15 septembre 2015, en raison de la nouvelle atteinte à l'épaule droite. Constatant qu'aucune de ces trois périodes n'avait duré une année, il a nié l'ouverture de tout droit à la rente. En effet, en vertu des art. 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa. Le recourant cependant, soutient que l'incapacité débutée en février 2012 n'a jamais cessé. Il conteste en particulier l'amélioration retenue sur le plan psychique en décembre 2014. Se pose en premier lieu la question de la valeur probante à accorder aux rapports d'expertise des Drs H_____ et I_____. L'expert rhumatologue s'est livré à une appréciation approfondie de la situation. Ses conclusions ne sont d'ailleurs pas réellement mises en doute par le recourant, qui se contente d'invoquer une incapacité continue depuis février 2012. Aucun élément objectif n'est cependant avancé qui donnerait à penser que l'assuré, au-delà d'octobre 2012, soit six mois après l'intervention sur son épaule gauche, aurait été incapable d'exercer à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques retenues par l'expert et d'ailleurs corroborées tant par le Dr C_____ que par le Dr F_____. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a admis une capacité de travail recouvrée à 100% à compter d'octobre 2012, période à laquelle il n'était encore fait par ailleurs mention d'aucune atteinte psychique par aucun médecin. Or, force est de constater que, depuis février 2012, moins d'une année s'était écoulée. Le début de l'incapacité motivée pour raisons psychiques a été fixé à mars 2014, date du début du suivi spécialisé. Sur ce point, l'experte peut être suivie. Le psychiatre traitant, dans son premier rapport du 12 juin 2014 a certes conclu à un épisode sévère apparu en 2013, mais attesté d'une totale incapacité de travail à compter de mars 2014 seulement. Est en revanche litigieuse la question de savoir si cette période d'incapacité s'est bel et bien terminée en décembre 2014, eu égard à l'amélioration alors rapportée par le psychiatre traitant, comme l'a retenue l'experte. Pour motiver sa position, l'experte s'est limitée à évoquer les constatations du psychiatre traitant. Or, ce dernier, dans son rapport du 18 décembre 2014, s'il fait certes état d'une amélioration, qualifie celle-ci de « très partielle » et souligne la persistance d'une symptomatologie lui permettant de confirmer le diagnostic d'épisode dépressif toujours qualifié de majeur et sévère. On ne saurait tirer la conclusion des observations faites par l'experte en 2016 - soit plus d'une année plus tard - que l'amélioration toute relative alléguée fin 2014 permettait d'envisager une reprise du travail,

d'autant moins que le psychiatre traitant a fermement écarté cette hypothèse dans ses rapports subséquents et lors de son audition. En l'absence de tout autre élément objectif permettant de conclure à une capacité de travail recouvrée fin 2014 déjà, l'experte psychiatre ne peut être suivie sur ce point. Dès lors, la fin de la période d'incapacité ne peut être fixée au plus tôt qu'en mai 2016, date à laquelle l'experte a pu observer l'amendement de l'épisode dépressif. La période d'incapacité de travail pour raisons psychiques débutée en mars 2014 a donc perduré à tout le moins jusqu'à mai 2016, c'est-à-dire plus d'une année, de sorte que le droit à une rente s'est ouvert en mars 2015 et a persisté jusqu'à août 2016, soit trois mois après l'amélioration attestée par la Dresse H_____. Sur ce point, le rapport de cette dernière peut en effet se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, l'experte s'est livrée à une anamnèse détaillée, s'est fait le relais des plaintes de l'assuré, a décrit ses constatations objectives et ses explications pour ne retenir que le diagnostic de dysthymie non invalidante sont convaincantes. Certes, l'appréciation du psychiatre traitant diverge sur ce point, mais force est de constater que la Dresse E_____ n'apporte aucun élément objectif qui aurait été ignoré par l'experte. Son argumentation consiste en substance à soutenir que les symptômes relevés ont été sous-estimés. Il s'agit simplement là d'une appréciation divergente d'un même état de fait, étant rappelé par ailleurs que la durée de l'examen clinique ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste précisément à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4), et qu'en l'occurrence, l'experte psychiatre a basé son évaluation sur plusieurs entretiens. On rappellera au surplus que l'examen des indicateurs jurisprudentiels introduits depuis lors par le Tribunal fédéral s'avère superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes, comme c'est le cas en l'occurrence (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis en ce sens que le droit à une rente entière est reconnu à l'assuré pour une période limitée du 1^{er} mars 2014 au 31 août 2016. Le recours est rejeté pour le surplus. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants. 3. Dit que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2014 au 31 août 2016. 4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues. 5. Rejette le recours pour le surplus. 6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens. 7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. 8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art.

42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.